

## مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان زنان و مردان دارای بیماری قلبی و کلیوی

هانیه شفیع<sup>1\*</sup>، حجت اله جاویدی<sup>2</sup> و سلطانعلی کاظمی<sup>3</sup>

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان زنان و مردان دارای بیماری قلبی و کلیوی می‌باشد. روش پژوهش علی - مقایسه‌ای بوده و جامعه‌ی آماری آن عبارت است از بیماران قلبی و کلیوی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان شیراز که به روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه‌ی شخصیتی پنج عاملی NEO مک‌کری و کوستا، پرسشنامه‌ی شخصیتی تیپ A یا B راتوس، اسپنسرا ترجمه‌ی حمزه گنجی و پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ) گلدبرگ و هیلر داده‌های آماری ثبت و از راه شاخص آماری آزمون تحلیل واریانس و آزمون t برای دو جامعه‌ی مستقل فرضیه‌ها بررسی شدند. بر اساس نتایج بدست آمده، ویژگی شخصیتی روان نژندی در بین بیماران قلبی، کلیوی و افراد عادی تفاوت معنادار وجود داشت، ولی ویژگی‌های شخصیتی برونگرایی، انعطاف‌پذیری و مسئولیت‌پذیری و دلپذیر بودن در بین بیماران قلبی، کلیوی و افراد عادی تفاوت معنادار وجود نداشت و از بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، بعد روان نژندی بین زنان و مردان دارای بیماری قلبی تفاوت معناداری وجود داشت و بعد روان نژندی زنان به گونه‌ای معنادار بالاتر از مردان بود و همچنین، بین سلامت روانی زنان و مردان دارای بیماری قلبی تفاوتی معنادار وجود نداشت. همچنین، بین سلامت روانی زنان و مردان دارای بیماری قلبی نیز تفاوتی معنادار وجود نداشت. در ضمن، بعد روان نژندی بین زنان و مردان دارای بیماری قلبی تفاوت معناداری وجود داشت که بعد روان نژندی زنان به گونه‌ای معنادار بالاتر از مردان بود.

**واژه‌های کلیدی:** ویژگی‌های شخصیت، سلامت روان، بیماری قلبی و کلیوی.

1- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی از دانشگاه آزاد مرودشت.

2- استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، گروه علوم تربیتی. مرودشت ایران.

3- استاد یار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، گروه علوم تربیتی. مرودشت ایران.

\* نویسنده‌ی مسئول مقاله: shafiee-hanie@yahoo.com

## پیشگفتار

بیماری‌های قلبی و کلیوی یکی از علل عمده‌ی مرگ و میر در جهان است و سالیانه میلیون‌ها نفر در اثر ابتلا به این بیماری‌ها جان خود را از دست می‌دهند. بنابراین، نیاز به بررسی علت این بیماری‌ها، روند بیماری و درمان آن احساس می‌شود. گرچه علل بیماری‌های قلبی و کلیوی بسیارند، اما برخی عوامل اهمیت بیش‌تری دارند و به عنوان عامل‌های خطر اصلی شناخته می‌شوند. که از آن جمله می‌توان مصرف سیگار، دیابت، کلسترول بالا و اختلالات روانی اشاره کرد (فیاضی بردبار، 1381). مرحله‌ی انتهایی بیماری کلیوی، یک بیماری ناتوان کننده است که در مسیر خود می‌تواند با تغییراتی در جنبه‌های مختلف سلامتی عمومی و روانی بیماران همراه باشد (اشکانی و همکاران، 1381).

عوامل روانی اجتماعی بسیاری چون متغیرهای شخصیتی، انزوای اجتماعی، فقدان حمایت اجتماعی، استرس‌های زندگی مانند تنش شغلی و سبک خاص زندگی در رابطه با بیماری قلبی و کلیوی مطرح شده‌اند که خطر ابتلا به آن را چه به گونه‌ی مستقل و چه به صورت ترکیبی افزایش می‌دهند (برانوالد، زیپس و لیبی<sup>1</sup>، 2001؛ برانون و فیست<sup>2</sup>، 2000؛ تیلور<sup>3</sup>، 2003).

ویژگی‌های شخصیتی افراد می‌تواند الگوهایی برای پیش بینی رفتار و حالت‌های روانی آنان فراهم آورد و تفاوت‌های فردی افراد عاملی مهم است که نشان می‌دهند چرا برخی از افراد بهتر از دیگران با شرایط و متغیرهای محیطی کنار می‌آیند و از سطوح مختلف انگیزش، رضایت و سلامت روان برخوردارند (رولینسون و همکاران، 1988؛ به نقل از یارمحمدیان، 1384).

در زمینه‌ی رابطه بین شخصیت و عوامل خطر ساز غیر مستقیم برای مشکلات قلبی نشان دادند که عامل شخصیتی روان رنجورخویی باعث بروز علائم قلبی می‌شود. هم‌چنین، آن‌ها نشان دادند که عوامل شخصیت همسازی<sup>4</sup> و وظیفه شناسی<sup>5</sup> تأثیر منفی بر علائم قلبی دارند (املونگ<sup>6</sup>، 1998؛ کرامر<sup>7</sup>، 1991؛ کوهلر، شربام و ریختر<sup>8</sup>، 1993؛ گرافتی<sup>9</sup>، 2002).

<sup>1</sup>- Braunwald, Zipes & Libby

<sup>2</sup>- Branon & Feist

<sup>3</sup>- Taylor

<sup>4</sup>- Openess

<sup>5</sup>- Conscus

<sup>6</sup>- Amelong

<sup>7</sup>- Cramer

<sup>8</sup>- Kohler, Scherbaum & Richer

<sup>9</sup>- Geraghty

هوپر<sup>1</sup> (2000) با استفاده از مصاحبه درمانی در 26/7 درصد بیماران مراجعه کننده به پزشک عمومی، اختلال روان‌پزشکی را تشخیص داد. این عده 17 درصد دچار اختلالات اضطرابی بودند. مطالعات نشان دادند که هیجانات شدید و استرس‌های حاد می‌توانند موجب تسریع آرتمی‌های قلبی شوند. همچنین، وجود علائم اضطراب و افسردگی در فردی که دچار انفارکتوس میوکارد است، بهبود بیماری را به تعویق انداخته و مرگ و میر بیماران را افزایش می‌دهد (به نقل از یارمحمدیان، بیات، خانبانی، 1385).

فارمر<sup>2</sup> و همکاران (1979) شیوع اختلالات روان‌پزشکی از جمله افسردگی، اضطراب و اختلالات اختلالات شخصیتی را در بیماران مرحله‌ی انتهایی کلیوی، تحت دیالیز و داوطلبین پیوند کلیه را 31٪ گزارش نمودند.

تیلور<sup>3</sup> (2003) بر این باور است که استرس، بی‌ثباتی اجتماعی و الگوی رفتاری تیپ A احتمال ابتلا به بیماری عروق کرونر را افزایش می‌دهد. الگوهای شخصیتی نظیر الگوی رفتاری تیپ A یک عامل خطر ساز برای بیماری عروق کرونر قلب بشمار می‌رود.

در زندگی امروزی افزایش فشارها و تنش‌ها از یک سو و پیچیده‌تر شدن درک رفتارها و انگیزه‌های انسانی از سوی دیگر موجب شده تا شناخت ویژگی‌های شخصیت و چگونگی برانگیخته شدن انسان‌ها در شرایط ناگوار از جمله مباحث مطرح در روان‌شناسی باشد. در واقع پژوهشگران باور دارند که عوامل شخصیت در تعیین چگونگی سازگاری افراد با فشارهای ناشی از شرایط تنش زا و همچنین، در تداوم فشار در زندگی آن‌ها تاثیرگذارند (واتسون، به نقل از ریولی<sup>4</sup> و همکاران، 2002).

بی‌گمان، تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های شخصیتی قابل ملاحظه‌ای در پاسخ فیزیولوژیک به فشار روانی وجود دارد که ممکن است این تفاوت‌ها به آمادگی وراثتی و توانایی فرد در کنار یا فایق آمدن بر موقعیت‌های زیان‌بار که علت یا بیانگر رقابت‌جویی هستند، مربوط شود (کرانتر و همکاران، 1985؛ به نقل از یارمحمدیان، 1385). داده‌های علت‌شناسی هنوز تا رسیدن به نتیجه راه زیادی در پیش دارند و این پرسش که چرا یک نفر با ساز و کارهای روان‌تنی به فشارهای روانی پاسخ می‌دهد در حالی که دیگری با شرایط بدنی یکسان و همان فشار قادر به انتخاب جنگ یا گریز است، به جای خود باقی است. روی هم رفته، باور بر این است که عوامل روان‌شناختی در

<sup>1</sup> - Houper

<sup>2</sup> - Farmer, Snowden & Parsons.

<sup>3</sup> - Taylor

<sup>4</sup> - Riolli, Savicki & Capani

پیدایش همه‌ی بیماری‌ها نقش دارند. این‌که آیا این نقش مربوط به شروع، پیشرفت، وخامت و یا تشدید بیماری است و یا زمینه‌سازی یا واکنش نسبت به بیماری ارتباط دارد، مطلبی است که مورد بحث است و از یک اختلال تا اختلال دیگر متفاوت است (کاپلان و سادوک<sup>3</sup>، ترجمه‌ی رفیعی، 1382).

یارمحمدیان (1384) می‌گوید هیجانات شدید و استرس‌های حاد می‌توانند موجب تسریع آریتمی‌های قلبی شوند. همچنین، وجود علائم اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی، بهبود بیماری را به تعویق انداخته و مرگ و میر بیماران را افزایش می‌دهد.

افراد در طول زندگی با فراز و نشیب‌هایی همراه هستند و ممکن است با بحران‌های شدید از جمله بیماری‌های جسمی و روانی روبه‌رو شوند، اما این نکته نیز قابل توجه است که بحران‌ها و آسیب‌ها بر تمام افراد با یک شدت و به یک صورت تاثیر نخواهند گذاشت، برخی از افراد پس از برخورد با درد و رنج و مشکل نه تنها افسرده، عصبانی و ناتوان بنظر نمی‌رسند بلکه شرایط را به سمت بهبودی و زندگی طبیعی مدیریت می‌کنند (بولمن، 1992؛ به نقل از کاندلی<sup>1</sup>، 2006).

خوسفی، هلن و همکاران (1385) در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی عوامل شخصیتی، حوادث استرس‌زا و حمایت اجتماعی در مورد 150 نفر بیماران کرونر قلب 150 نفر افراد غیر بیمار دریافتند که افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب در مقایسه با افراد غیر بیمار میزان حوادث استرس‌زای بیش‌تری تجربه کرده‌اند.

فوکونیشی و همکاران<sup>2</sup> (2002) در پژوهشی با عنوان اختلالات روانی در میان بیماران تحت درمان همودیالیزی، میزان بروز سالانه‌ی اختلالات روان‌پزشکی در بیماران مرحله‌ی انتهایی کلیه و داوطلبین پیوند کلیه را 10/6٪ گزارش کرد.

شاه محمدی و همکاران (1376) در پژوهشی با عنوان میزان استرس و شیوه‌های مقابله در مراقبین بیماران اسکیرزوفرنیک مزمن و بیماران دیالیزی مزمن علائم افسردگی، نمایشی وضعیت روانی را در زنان تحت دیالیز و بیماران دیالیز مزمن بیش‌تر از مردان نشان دادند. صالحی و همکاران (1378) در پژوهشی با عنوان بررسی فراوانی افسردگی در بیماران همودیالیزی بیمارستان شهید هاشمی‌نژاد دریافتند که سهم افسردگی در دو جنس مرد و زن را یکسان دریافت کرد.

وجود اختلالات روانی و ویژگی‌های شخصیتی متفاوت از اثربخشی درمان می‌کاهد و به بقا و طول عمر بیماران مرتبط می‌باشد (پاتل و همکاران<sup>1</sup>، 2002). پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند

<sup>1</sup> - Condly

<sup>2</sup> - Fukunishi, Kitaoka, Shirai, Kino, Kanematsu & Sato

که افراد بیماری که از سلامت روانی کم‌تری برخوردارند، طول دوره‌ی درمان در بین آن‌ها افزایش می‌یابد و با انجام مداخله‌های لازم می‌توان این بیماران را جهت کسب آمادگی بهتر ذهنی و تطابق بیشتر با تنش حاصل از بیماری رساند (لونسن<sup>2</sup>، 1998؛ به نقل از تولایی، 1384). بنابراین، با توجه به مطالبی که گفته شد، هدف پژوهش مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان زنان و مردان دارای بیماران قلبی و کلیوی بیمارستان شهید فقیهی شهر شیراز می‌باشد.

### پرسش‌های پژوهش

- 1- آیا بین سلامت روان و ابعاد ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان تفاوت معنادار وجود دارد؟
- 2- آیا بین سلامت روان زنان و مردان بیمار کلیوی تفاوت معنادار وجود دارد؟
- 3- آیا بین سلامت روان زنان و مردان بیمار قلبی تفاوت معنادار وجود دارد؟
- 4- آیا بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان بیمار قلبی تفاوت معنادار وجود دارد؟
- 5- آیا بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان بیمار کلیوی تفاوت معنادار وجود دارد؟

### روش پژوهش

جامعه‌ی آماری این پژوهش، زنان و مردان دارای بیماری قلبی و کلیوی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان شیراز بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید فقیهی شیراز از مهر تا آذر تعداد 140 نفر (70 نفر بیمار قلبی؛ 70 نفر بیمار کلیوی) انتخاب شده و از نظر سن، جنس، تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل با یکدیگر هم‌تا شدند.

### ابزار پژوهش

ابزارهای پژوهش شامل: مقیاس سنجش سلامت عمومی<sup>3</sup> (GHQ)، مقیاس ویژگی‌های شخصیتی (NEO)<sup>4</sup> و مقیاس تیپ شخصیتی A<sup>5</sup> و B<sup>6</sup> بود.

<sup>1</sup> - Patel, Shah, Peterson & Kimmel

<sup>2</sup> - Levenson

<sup>3</sup> - General Health Questionnaire

<sup>4</sup> - NEO Personality Inventory Revised

<sup>5</sup> - A type Personality Inventory

<sup>6</sup> - B type Personality Inventory

### مقیاس سنجش سلامت عمومی

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر (1979) دارای 28 پرسش و چهار مقیاس (علایم افسردگی، علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی) است که نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت (3-0) می‌باشد و در هر مقیاس نمره‌ی 6 و در مجموع از نمره 22 به بالا بیانگر علایم مرضی است.

**پایایی پرسشنامه:** گلدبرگ و همکاران (1998) پایایی این آزمون را در حدود 80٪ گزارش کرده‌اند (تولایی و همکاران، 1384). یزدان‌پناه (1375) پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی را به روش همسانی درونی و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر 0/74 بدست آورد و میرخشتی پایایی پرسشنامه را به روش همسانی درونی 0/92 بدست آورد (تولایی و همکاران، 1384). در این پژوهش پایایی مقیاس فوق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 0/86 بدست آمد.

### مقیاس ویژگی‌های شخصیتی

پرسشنامه‌ی نئو یکی از آزمون‌های شخصیتی است که بر اساس تحلیل عوامل ساخته شده است و از نوین‌ترین ابزارها در زمینه‌ی شخصیت است که به وسیله‌ی مک کری و کوستا در سال 1985 با عنوان پرسشنامه شخصیتی نئو معرفی شد. فرم تجدید نظر شده‌ی این پرسشنامه به وسیله‌ی همان نویسندگان با عنوان فرم تجدید نظر شده پرسشنامه‌ی شخصیتی نئو ارائه شده است. فرم بلند این پرسشنامه در 240 عبارت بمنظور اندازه‌گیری پنج عامل یا حیطه‌ی اصلی روان نژندی، برونگرایی، انعطاف‌پذیری، دلپذیر بودن و مسئولیت‌پذیری طراحی شده است و فرم کوتاه این پرسشنامه شامل 60 پرسش است که برای ارزیابی 5 عامل اصلی شخصیت بکار می‌رود. در فرم 240 پرسشی هر عامل دارای 6 سطح یا زیر مقیاس است در حالی‌که در فرم کوتاه هر عامل با 12 پرسش سنجیده می‌شود (انیسی، 1386). برای سنجش ویژگی‌های شخصیتی در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسشنامه استفاده گردید. این آزمون دارای 60 گزینه می‌باشد که نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت 5 گزینه‌ای می‌باشد.

**روایی و پایایی پرسشنامه:** فرم کوتاه این پرسشنامه در ایران اعتباریابی نشده است، ولی نتایج مطالعات انجام شده به وسیله‌ی مک کری و کوستا (1992) نشان داد که همبستگی 5 زیر مقیاس فرم کوتاه با فرم بلند از 0/77 تا 0/92 می‌باشد. همچنین، همسانی درونی زیر مقیاس‌های آن در دامنه‌ی 0/68 تا 0/86 برآورد شده است (انیسی، 1386).

پایایی پرسشنامه‌ی بالا در این پژوهش نیز به روش آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت که به صورت زیر می‌باشد: روان رنجوری 0/87، برون‌گرایی 0/76، باز بودن 0/84، توافق پذیری 0/73 و با وجدان بودن 0/78.

### مقیاس تیپ شخصیتی A<sup>1</sup> و B<sup>2</sup>

در این پرسشنامه افراد 25 پرسش که پاسخ بلی - خیر دارند را پاسخ می‌دهند. به پاسخ بلی (1) نمره و پاسخ خیر (0) نمره تعلق می‌گیرد و نمره‌گذاری آن به شرح زیر است: نمره‌ی متوسط 13 (بیش‌تر از متوسط تمایل به تیپ A، کم‌تر از متوسط تمایل به تیپ B، بیش‌تر از 20 تمایل شدید به تیپ A، کم‌تر از 5 تمایل شدید به تیپ B).

**روایی و پایایی پرسشنامه:** اعتبار این آزمون نیز بر اساس بررسی‌های انجام گرفته بالاتر از 80٪ بوده است (گنجی، 1380). یارمحمدیان (1385) برای بدست آوردن اعتبار درونی این آزمون از روش تصنیف استفاده کرده و ضریب همبستگی بدست آمده برای ارزیابی قابلیت اعتماد کل آزمون با استفاده از فرمول اسپرون براون، 91٪ بود که نشان دهنده‌ی اعتبار بالای ابزار اندازه‌گیری می‌باشد (یارمحمدیان، 1385).

پایایی پرسشنامه‌ی بالا در این پژوهش نیز به روش آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت که تیپ A 0/76 و تیپ B 0/81 می‌باشد.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند انحراف معیار، میانگین و... و نیز روش آماری آزمون تی تست مستقل (جهت مقایسه‌ی زنان و مردان دارای بیماری قلبی و کلیوی) داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

<sup>1</sup> -A type Personality Inventory

<sup>2</sup> -B type Personality Inventory

## یافته‌های پژوهش

پرسش یک: آیا بین سلامت روان و ابعاد ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان تفاوت معنادار وجود دارد.

## جدول 1- تحلیل واریانس یک عاملی، مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روان

متغیر	منبع واریانس SV	مجموع مربعات SS	درجه‌ی آزادی df	میانگین مربعات AS	F مقدار	سطح معناداری
روان نژندی	بین گروهها	659/714	1	659/714	13/432	0/000
	درون گروهها	10216/044	208	49/116		
	کل	10875/757	209			
برونگرایی	بین گروهها	5/27	1	5/271	0/166	0/684
	درون گروهها	6615/51	208	31/805		
	کل	6620/78	209			
دلپذیربودن	بین گروهها	39/527	1	39/527	1/053	0/306
	درون گروهها	7809/75	208	37/547		
	کل	7849/28	209			
انعطاف پذیربودن	بین گروهها	15/675	1	15/675	/351	0/554
	درون گروهها	9288/020	208	44/654		
	کل	9303/695	209			
مسئولیت پذیری	بین گروهها	15/090	1	15/090	/366	0/546
	درون گروهها	8567/106	208	41/188		
	کل	8582/195	209			

همان‌گونه که در جدول 1 نشان داده شده است، بین ویژگی‌های شخصیتی روان نژندی و سلامت روان بیماران قلبی، کلیوی و افراد عادی تفاوت معنادار وجود داشت، ولی بین ویژگی‌های شخصیتی برونگرایی، انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری، دلپذیر بودن و سلامت روان در بین بیماران قلبی، کلیوی و افراد عادی تفاوت معنادار وجود نداشت.



**پرسش دو:** آیا بین سلامت روان زنان و مردان بیمار کلیوی تفاوت معنادار وجود دارد. از آزمون t برای دو جامعه‌ی مستقل استفاده شد.

**جدول 2- مقایسه‌ی سلامت روان زنان و مردان دارای بیماری کلیوی**

متغیرها	آزمودنی‌ها	تعداد	میانگین سلامت روان	انحراف معیار	درجه‌ی آزادی	آزمون t	p
سلامت روان	مرد	43	19/58	9/57	68	-2/51	0/80
	زن	27	25/62	10/18			

جدول 2 نشان می‌دهد با توجه به t مشاهده شده (2/51-) و سطح معناداری ( $P < 0/05$ ) نشان داد که بین میزان سلامت روانی زنان و مردان دارای بیماری کلیوی تفاوتی معنادار وجود نداشت، یعنی میزان سلامت روان زنان و مردان یکسان بود.

**پرسش سه:** آیا بین سلامت روان زنان و مردان بیمار قلبی تفاوت معنادار وجود دارد. از آزمون t برای دو جامعه‌ی مستقل استفاده گردید.

**جدول 3- مقایسه‌ی سلامت روان زنان و مردان دارای بیماری قلبی**

متغیرها	آزمودنی‌ها	تعداد	میانگین سلامت روان	انحراف معیار	درجه‌ی آزادی	آزمون t	p
سلامت روان	مرد	51	26/35	26/35	68	0/99	0/01
	زن	19	26/31	26/31			

جدول 3 با توجه به t مشاهده شده (0/99) و سطح معناداری ( $P < 0/01$ ) نشان می‌دهد که بین میزان سلامت روانی زنان و مردان دارای بیماری قلبی تفاوتی معنادار وجود نداشت، یعنی میزان سلامت روان زنان و مردان یکسان بود.

پرسش چهار: آیا بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان بیمار قلبی تفاوت معنادار وجود دارد. از آزمون t برای دو جامعه‌ی مستقل استفاده شد.

جدول 4- مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان دارای بیماری قلبی

متغیرها	آزمودنی‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه‌ی آزادی	آزمون t	سطح معناداری
روان نژندی	مرد	43	28/90	7/13	68	-2/49	0/01
	زن	27	33/25	7/08			
برونگرایی	مرد	43	43/90	5/68	68	-0/24	0/80
	زن	27	44/22	4/57			
دلپذیربودن	مرد	43	40/02	5/46	68	1/07	0/28
	زن	27	38/40	7/05			
انعطاف پذیربودن	مرد	43	47/18	6/30	68	-1/31	0/19
	زن	27	49/40	7/67			
مسئولیت پذیری	مرد	43	51/76	4/71	68	-1/08	0/28
	زن	27	53/07	5/21			

جدول 4 نشان می‌دهد با توجه به t مشاهده شده (-2/49) و سطح معناداری ( $P < 0/01$ ) بین ویژگی‌های شخصیتی بعد روان نژندی زنان و مردان دارای بیماری قلبی تفاوتی معنادار وجود داشت و بعد روان نژندی زنان به گونه‌ای معنادار بالاتر از مردان است، ولی بین سایر ابعاد ویژگی‌های شخصیتی تفاوتی معنادار بین زنان و مردان مشاهده نشد.

**پرسش پنج:** آیا بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان بیمار کلیوی تفاوت معنادار وجود دارد. از آزمون t برای دو جامعه‌ی مستقل استفاده شد.

**جدول 5- مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی زنان و مردان دارای بیماری کلیوی**

متغیرها	آزمودنی‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه‌ی آزادی	آزمون t	سطح معناداری P
روان نژندی	مرد	51	30/92	7/63	68	-1/86	0/06
	زن	19	34/73	7/48			
برونگرایی	مرد	51	39/62	5/62	68	-1/05	0/29
	زن	19	41/26	6/13			
دلپذیربودن	مرد	51	36/98	5/98	68	-0/61	0/54
	زن	19	38/00	6/74			
انعطاف پذیربودن	مرد	51	44/70	6/09	68	-1/48	0/14
	زن	19	47/42	8/54			
مسئولیت پذیری	مرد	51	48/76	6/74	68	-0/48	0/63
	زن	19	49/68	7/93			

جدول 5 با توجه به t مشاهده شده (-1/86) و سطح معناداری ( $P < 0/05$ ) نشان می‌دهد که بین ویژگی‌های شخصیتی بعد روان نژندی بین زنان و مردان دارای بیماری کلیوی تفاوتی معنادار وجود داشت و بعد روان نژندی زنان به گونه‌ای معنادار بالاتر از مردان است، ولی بین سایر ابعاد ویژگی‌های شخصیتی تفاوتی معنادار بین زنان و مردان مشاهده نشد.

### بحث و نتیجه گیری

بین ویژگی‌های شخصیتی روان نژندی و سلامت روان در بین بیماران قلبی، کلیوی و افراد عادی تفاوت معنادار وجود داشت، ولی بین ویژگی‌های شخصیتی برونگرایی، انعطاف‌پذیری، مسئولیت‌پذیری، دلپذیر بودن و سلامت روان در بین بیماران قلبی، کلیوی و افراد عادی تفاوت معنادار وجود نداشت که با نتایج پژوهش‌های خوسفی، هلن و همکاران (1385) که در پژوهشی با

عنوان مقایسه‌ی عوامل شخصیتی، حوادث استرس‌زا و حمایت اجتماعی در مورد 150 نفر بیماران کرونر قلب 150 نفر افراد غیر بیمار دریافتند که افراد مبتلا به بیماری کرونر قلب در مقایسه با افراد غیر بیمار میزان حوادث استرس‌زای بیش‌تری، تجربه کرده‌اند، همسو می‌باشد. بنابراین، بنظر می‌رسد که افراد دارای ویژگی‌های شخصیتی روان نژندی از سلامت روان کم‌تری برخوردارند.

سلامت روانی بین زنان و مردان دارای بیماری کلیوی تفاوت معناداری وجود نداشت که با نتایج پژوهش‌های فارمر و همکاران<sup>1</sup> (1979) و چاکو و همکاران (1996) که نشان دادند اختلال روان پزشکی در بیماران کلیوی بیش‌تر است، هم جهت و همسو نبود، ولی با نتایج پژوهش‌های فوکونیشی و همکاران<sup>2</sup> (2002) همسو بود. بنابراین، بنظر می‌رسد که بیماری قلبی در به خطر انداختن سلامت روان افراد تأثیری دارد و افراد را دچار استرس و اضطراب و فشار روانی خواهد کرد و علت این‌که در این پژوهش نتایج متفاوت بدست آمده این است که بیش‌تر افراد نمونه افراد تحت دیالیز بوده‌اند که در پاسخ به پرسش‌ها به صورت سرسری و عجولانه عمل کرده‌اند.

بین سلامت روانی زنان و مردان دارای بیماری قلبی تفاوتی معنادار وجود نداشت؛ نتیجه‌ی بدست آمده با نتایج پژوهش‌های تولایی (1384) و یارمحمدیان و همکاران (1385) که نشان دادند سلامت عمومی بیماران قلبی بیش‌تر دچار اختلال می‌شود، همسو نمی‌باشد. بنابراین، بنظر می‌رسد بیماری قلبی در میزان سلامت روان افراد نقش بسزایی خواهد داشت و علت این‌که در این پژوهش نتایج متفاوت بدست آمده این است که افراد نمونه از وضعیت جسمی مناسبی برخوردار نبوده و یا دارای سن بالا و سواد کم بوده و در پاسخ به پرسش‌ها صادقانه عمل نکرده‌اند.

از بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، بعد روان نژندی بین زنان و مردان دارای بیماری قلبی تفاوت معناداری وجود دارد و روان نژندی زنان به گونه‌ای معنادار بالاتر از مردان بود، ولی بین سایر ابعاد ویژگی‌های شخصیتی تفاوت معناداری بین زنان و مردان مشاهده نمی‌گردد که با نتیجه‌ی پژوهش تولایی (1384) که نشان داد ویژگی‌های شخصیتی در بیماران قلبی بیش‌تر دچار اختلال می‌شود همسو و هم جهت می‌باشد. بنابراین، بنظر می‌رسد که ویژگی شخصیتی روان نژندی بیماران قلبی دچار اختلال می‌شود.

از بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، بعد روان نژندی بین زنان و مردان دارای بیماری کلیوی تفاوتی معنادار وجود دارد و روان نژندی زنان به گونه‌ای معنادار بالاتر از مردان است، ولی بین سایر ابعاد ویژگی‌های شخصیتی تفاوتی معنادار بین زنان و مردان مشاهده نمی‌شود. بنابراین، بنظر

<sup>1</sup>. Farmer, Snowden & Parsons

<sup>2</sup>. Fukunishi, Kitaoka, Shirai, Kino, Kanematsu & Sato

می‌رسد ویژگی شخصیتی روان نژندی بیماران کلیوی دچار اختلال می‌شود. البته، پژوهش دیگری در این زمینه صورت نگرفته است.

بین زنان و مردان دارای بیماری قلبی و کلیوی تفاوتی معنادار وجود نداشت، اما از بین ابعاد ویژگی‌های شخصیتی، بعد روان نژندی بین زنان و مردان دارای بیماری قلبی و کلیوی تفاوت معناداری وجود دارد و روان نژندی زنان به گونه‌ای معنادار بالاتر از مردان است.

### References

- 1- Amelong, M. (1998). Using personality variables to predict cancer and heart disease. *European Journal of personality*, 11, 319-342.
- 2- Anisi, J. (1385). Five – Factor personality Questionnaire. Azmoon yar pooya company. [Persian]
- 3- Ashkani, H. , Dehbozorgi, GH. & Shool, F. (1381). Investigating the psychic traumatism in kidney transplantation patients before and after the surgery. Shahid beheshti medical university. 26(3). page 159-162. [Persian]
- 4- Branon ,L. & Feist ,J. (2000) .Health psychology .An Introduction to Behavior and Health .Brooks /Cole Company Carhson ,N. R.
- 5- Braunwald, E., Zipes, D., & Libby, P. (2001). Heart disease : a text book of cardiovascular medicine. Philadelphia: W. B .Saunders company.
- 6- Chacho R.C, Harper R.g; kunik M & young J (1996) Relationship of psychiatric morbidity and psychosocial factors in organtransplant candidates. *Psychosomatics*. 37(2): 100-7 .
- 7- Condly. s.J. (2006). Kesilience in children a revieo of litevature with implications for education. *Urban education* ,41(3), 211-239
- 8- Costa ,P T., and McCrae ,R.R. (1992). Cross-sectional of personality in national sample : Development and validation of survey measures . *Psychology and Aging* 1: 140-143.
- 9- Cramer, D. (1991) .Type A behavior pattern , extraversion , neuroticism and psychological distress . *British Journal of Medical Psychology* ,64, 73-83.
- 10- Farmer C. J; Snowden S. A. & Parsons V. (1979). The prevalence of psychiatric illness among palients on home hemodialysis. *Psychol. Med.* 9 (3):509-14.
- 11- Fayazi bordbar, M. & Hoseini, SA. (1381). Investigating the role of stress making factors among 100 heart patient in a heart clinic in mashad. Fourth year. [Persian]
- 12- Fukunishi L , Kitaoka T , Shirai T , Kino K , Kanematsu E , & Sato Y. (2002) Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy . *Nephron* .91(2):344-7.
- 13- Ganji, H. (1380). personality evaluation (Questionnaire). Tehran. 3th version. [Persian]

- 14- Geraghty ,M.(2002).Connection between personality ,death among chronically ill .www. uiwa. Edu.
- 15- Kaplan & Sadocks. (2003).Synopsis of psychiatry behavioral sciences / clinical psychiatry. Rafiei , H& Sobhanian , KH.(1382), First version.[Persian]
- 16- Khoosefi , H.,Monirpoor , N.,Birshak,B.& Peighambari ,M.(1385) . Comparison personality factors, Stress making events and social support among heart coronary patients and healthy people. Current psychology Journal. Number 41. [Persian]
- 17- Kohler ,T .Scherbaum ,N .& Richter's .(1993).The relationship between neuroticism and blood pressure reexamined .*Psychotherapy, psychosoma*, 61,100-105.
- 18- Levenson J.L.(1998).psychosocial screening and selection of candidates of organ transplantation2: 21-41.
- 19- Patel S. S:Shah V.S:Peterson R. A: & Kimmel P. L. (2002) Pschosocial variables,quality of life , and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *Am. J,Kidney Dis*,40 (5) 1013-22.
- 20- Riolli,l.,savicki,v.,capani,A(2002).Resilience in the face of catastrophe: optimism,personality,and coping in the Kosovo crisis. *Journal of applied social psychology* 32181, 1604-1627.
- 21- Salehi,M. & Noormohammadi ,A.(1378) . Investigating the depression Frequency among Hemodialysis patients in Shahid Hasheminezhad Hospital . Idea and behavior . number 8 . Page 20-25.[Persian]
- 22- Shahmohammadi,I.,Bayanzadeh , SA. & Ahmadi,J.(1378).The rate of stress and checking practices among cares of chronic Shizophrenia and Patients choronic dialysis . Idea and Behavior . Number 3. Page 67-74. [Persian]
- 23- Tavalalaie , A .,Moghani Lankarani ,M.,Naderi,Z. & Najafi,M.(1384). Personality Traits and Mental Health of the patients applying for kidney transplantation . psychology Journal . 9 th Year. Number 4.[Persian]
- 24- Taylor .S.E. (2003).Health Psychology .*Mc Grow –Hill*.
- 25- Yarmohammadian, A.(1384). Comparison of personality traits among Psychosomatic patients and healthy people in Isfahan . Unpublished paper . Isfahan educational science callage. [Persian]
- 26- Yarmohammadian , A.,Bayat, M. & Khanbani, M.(1385). The role of anxiety in heart coronary and healthy people also Its relationship with type A charactoristicall behavior. Psychological sciences journal. 5 th course. Number 18.[Persian]